

## SOLICITUD SEMANAL DE ASISTENCIA Ley de Ayuda en Desastres de 1974

Reclamante (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

¿Es dirección nueva?    Sí    No    Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_    Núm. oficina local \_\_\_\_\_

Núm. de desastre (FDAA DR) \_\_\_\_\_    Núm. de teléfono \_\_\_\_\_

Semana reclamada (*Fecha comienza en domingo*) \_\_\_\_\_    (*Fecha termina en sábado*) \_\_\_\_\_

A. SOLICITUD DEL RECLAMANTE		
	Sí	No
Para la semana que reclamo arriba, conteste las siguientes preguntas marcando las casillas correspondientes y proporcione los contactos de búsqueda de trabajo en el reverso. <i>(*Acción requerida por el Delegado)</i>		
1. ¿Estaba usted disponible para trabajar cada día laboral regular?		*
2. ¿Estuvo físicamente capaz de trabajar cada día laboral regular?		*
3. ¿Buscó trabajo?		*
4. ¿Se ha comunicado con su último empleador para determinar cuándo estaría disponible el trabajo? En caso afirmativo, la fecha _____		*
5. ¿Rechazó alguna oferta de trabajo o una recomendación de trabajo?	*	
6. ¿Solicitó o recibió, o sería elegible para recibir si hubiera solicitado:		
a. (1) Compensación por desempleo bajo cualquier ley estatal o federal?	*	
(2) Cualquier cantidad por pérdida de sueldos debido a una enfermedad o discapacidad?	*	
(3) Cualquier tipo de seguro de protección de ingresos privados?	*	
(4) Cualquier cantidad como un beneficio de desempleo suplementario (SUB por sus siglas en inglés)?	*	
b. ¿Hubo alguna cantidad pagadera a usted por jubilación, pensión o anualidad bajo un plan o sistema público o privado?	*	
c. ¿Ha recibido algún tipo de pago por vacaciones, días festivos, enfermedad o despido?	*	
7. ¿Ha recibido o solicitado un Subsidio por Reajuste de Comercio (TRA por sus siglas en inglés)?	*	
8. ¿Ha recibido o solicitado la Compensación de Trabajadores en virtud de la muerte del jefe del hogar como resultado de la catástrofe?	*	
9. ¿Desempeñó algún trabajo o ganó algún dinero?		
10. Ha regresado a trabajar? En caso afirmativo, la fecha _____		
11. ¿Todavía trabaja usted? En caso negativo, indique el último día trabajado _____ Razón(es) por la separación del último empleador _____		

\*Por favor, explique en el reverso de este formulario.

Vea la página 3 para las declaraciones de EOE/ADA

A continuación, proporcione el nombre y la dirección del empleador y liste los sueldos de cada día de la semana solicitada. Usted tiene que declarar las ganancias TOTALES ANTES DE LAS DEDUCCIONES, para la semana en que trabajó, ya sea que le hayan pagado o no durante la semana.

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección (Núm., Calle) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Fecha	Horario	Sueldo	Ganancias totales

¿Buscó usted trabajo? (A continuación, usted TIENE que informar de su búsqueda de trabajo) Sí    No

Para que se le considere que busca trabajo de manera activa usted tiene que (1) participar en un esfuerzo sistemático y sostenido para obtener trabajo en al menos cuatro días de la semana y (2) hacer al menos un contacto de trabajo por día en cuatro días diferentes de la semana. Para la semana que finaliza en la fecha que se muestra al frente de este formulario, verifique los días que buscó trabajo y liste un contacto de trabajo por día en cuatro días diferentes de la semana. Se requieren cuatro (4) contactos.

Domingo    Lunes    Martes    Miércoles    Jueves    Viernes    Sábado

Fecha	Nombre y Dirección (Ciudad, Estado y Código postal) o (URL del sitio web, Correo electrónico) del Empleador/ Empresa/Sindicato	Nombre de la persona contactada	Método (En persona, Internet, Correo electrónico)	Tipo de trabajo que buscó	Acción tomada en la fecha de contacto

¿No presentó la solicitud durante la semana porque no satisface los requisitos de búsqueda de trabajo? Sí    No

Si no buscó trabajo o no cumplió con los contactos requeridos, será descalificado hasta que vuelva a trabajar y gane ocho veces el monto de su beneficio semanal o hasta el final del período de Asistencia de Desempleo por Desastre. Tiene la opción de rechazar presentar el reclamo de la semana. Si se niega a presentar la solicitud, no recibirá los beneficios de la semana.

### B. Certificación del reclamante

YO CERTIFICO que la información proporcionada en este formulario es correcta y he proporcionado la información voluntariamente para obtener ASISTENCIA PARA DESEMPLEADOS POR DESASTRE. Sé que se proporcionan fondos federales y que las sanciones están prescritas por ley debido a la declaración falsa u ocultación intencional de hechos materiales a fin de obtener pagos de asistencia a los que no tengo derecho a recibir bajo la ley.

Firma del reclamante \_\_\_\_\_ Fecha (Mes, Día, Año) \_\_\_\_\_

### C. DETERMINACIÓN DE LA AGENCIA ESTATAL

Razón de la determinación

Firma del Representante de la agencia estatal \_\_\_\_\_ Fecha autorizada \_\_\_\_\_

Cantidad del pago de DUA autorizada por la semana: \$ \_\_\_\_\_

DUA reducida o denegada por la semana arriba reclamada.

Fecha de finalización de DUA (PL100-707): \_\_\_\_\_

### D. DERECHOS DE APELACIÓN

Esta determinación se convierte en definitiva a menos que se presente una apelación por escrito en persona o por correo postal dentro de los 60 días posteriores a la fecha de envío que se muestra en este formulario. Si el último día del plazo de apelación cae en un sábado, domingo o día festivo, se extiende el plazo de apelación hasta el siguiente día laboral.

UI      No UI      Trabajo por cuenta propia